



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Ana Isabel da Costa Fernandes

**Estudo comparativo entre Jovens Não  
Institucionalizados e Institucionalizados  
a cumprir pena em Centro Educativo:  
Adversidade na Infância, Psicopatologia,  
Saúde Física e Comportamento Desviante**



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Ana Isabel da Costa Fernandes

**Estudo comparativo entre Jovens Não  
Institucionalizados e Institucionalizados  
a cumprir pena em Centro Educativo:  
Adversidade na Infância, Psicopatologia,  
Saúde Física e Comportamento Desviante**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Prof. Doutora Ângela da Costa Maia**

Outubro de 2011

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço com ênfase especial às duas Instituições que possibilitaram a concretização deste trabalho, onde me acolheram de uma forma incrivelmente receptiva e interessada: À Escola Secundária e ao Centro Educativo, o meu muito obrigado!

Aos actores principais deste processo, que aceitaram partilhar as suas histórias de vida e, em determinados momentos, activaram sentimentos e memórias menos agradáveis, reservo a minha admiração e gratidão incondicional. Sem o testemunho sincero destes jovens, o presente trabalho sairia comprometido e eu seria, hoje, uma pessoa menos conhecedora e sensível, quer a nível profissional, quer a nível pessoal. É a eles que dedico este trabalho, com a esperança de poder contribuir com uma chamada de atenção às suas necessidades!

À Professora Doutora Ângela Maia, pela oportunidade de abordar e explorar este tema sob uma orientação rica em conhecimento e experiência na área, pelo exemplo de referência, orientação precisa e disponibilidade.

Ao Dr. Ricardo Pinto pelo projecto pioneiro, onde este trabalho se enquadra, pelo acompanhamento nos contactos estabelecidos nas Instituições e transmissão de conhecimentos.

Aos meus pais, que me proporcionaram a oportunidade de realizar o curso que sempre sonhei, sem julgamento ou outro valor para além da compreensão e confiança. Dedico-lhes o meu orgulho no seu papel de educadores e este trabalho, como recompensa de tudo o que me ensinaram a ser. Obrigada por todos os degraus que me colocaram nos pés, que me permitiram chegar até aqui.

À Raquel, pelo verdadeiro exemplo da amizade e por estar presente em mais um marco importante da minha vida (académica), com um apoio incansável e cumplicidade inexplicáveis. Ao Fábio, pela base segura e sempre presente, que representou neste percurso. Aos dois que acompanharam diariamente as dificuldades neste meu objectivo académico e merecem, agora, o sentimento de vitória.

## RESUMO

A adversidade durante a infância constitui um tema para o qual a Psicologia tem orientado os seus estudos, dado o conhecimento sobre a elevada prevalência e os problemas observáveis, que se estendem pela adolescência e idade adulta. O conhecimento dessas consequências no desenvolvimento sugere que um passado com história de adversidade é susceptível de tornar o indivíduo “amputado” daquilo que queria e/ou poderia ser. Os resultados da investigação sugerem que o confronto com acontecimentos ou experiências adversas na infância aumentam o risco de perturbações físicas, psicológicas e até comportamentais. No sentido de perceber a relação da adversidade com essas variáveis, desenhou-se um estudo comparativo, que visou descrever as experiências adversas vividas e os comportamentos de risco, em jovens institucionalizados a cumprir pena e não institucionalizados. Comparou-se, por isso, os dois grupos ao nível da História de Adversidade na infância, Psicopatologia e Comportamentos de Risco. Para melhor compreensão do fenómeno em estudo, procurou-se ainda averiguar a relação entre adversidade na infância e psicopatologia com comportamentos de risco, especificamente no grupo de jovens institucionalizados a cumprir pena. Participaram na investigação 72 sujeitos, divididos por 30 institucionalizados num Centro Educativo e 40 que não se encontravam institucionalizados. No momento da avaliação, utilizaram-se como instrumentos o Questionário Sócio demográfico, o Brief Symptoms Inventory, o Questionário de Hábitos e Estilo de Vida e o Questionário de História de Adversidade na Infância.

Os resultados sugerem que a adversidade está significativamente mais presente nos jovens institucionalizados a cumprir pena, tendo este grupo relatado uma média de 4,51 experiências de adversidade ( $DP=2,04$ ). Todos os jovens a cumprir pena relataram, pelo menos, uma experiência adversa. Este grupo apresenta mais comportamentos de risco, comparativamente aos não institucionalizados, estando a iniciação da actividade sexual precoce em destaque. No que respeita à Psicopatologia, verificou-se que o grupo a cumprir pena está, em média, clinicamente perturbado, com um índice de sintomas positivos médio de 2,78 ( $DP= 0,42$ ), enquanto a maioria dos participantes do outro grupo demonstra ausência de sintomatologia clínica. Com o recurso às análises realizadas foi possível compreender que no grupo de jovens institucionalizados a cumprir pena, os sujeitos com consumo de tabaco, uso de armas e a actividade sexual desprotegida relatam valores mais elevados de adversidade na infância. A psicopatologia é mais elevada neste grupo entre os que relatam consumo de tabaco e o abuso de substâncias ricas em açúcar.

Este estudo permite concluir que jovens agressores de hoje, foram vítimas de experiências ou acontecimentos adversos na infância.

## ABSTRACT

Childhood adversity is a main theme for which Psychology, mainly because the high prevalence and inherent problems, later in adolescence and adulthood. The knowledge of these consequences in development, leads us to consider that history of adversity is enough to impact on what happens to the subject. Research results suggest that adverse experiences in childhood increase the risk of physical, psychological and behavioral disorders. In order to understand the relationship between adversity and those variables, this comparative study aimed to describe the adverse experiences and the risk behaviors, both in institutionalized youth who are serving a sentence and not institutionalized participants. These two groups were compared in terms of Adversity, Psychopathology and Risk Behaviors. We also wanted to evaluate the relationship between childhood adversity and psychopathology with risk behaviors, especially among institutionalized youth who are serving a sentence. The participants were 72 adolescents, 30 institutionalized in an Educational Center and 40 non-institutionalized, who filled a Socio-demographic Questionnaire, the Brief Symptoms Inventory, the Mores and Lifestyle Questionnaire and The History of Childhood Adversity Questionnaire.

The results suggest that adversity is prevalent in institutionalized youth who are serving a sentence, which is the group who provide more adverse events, with 4,51 adversity's categories ( $SD = 2.04$ ). All participants who are serving sentences, reported at least one adverse experience and this group is also the one who presents more risk behaviors, compared to the non-institutionalized, particularly the precipitate of premature sexual involvement. Regarding to psychopathology, it was found that the group who is serving a sentence is, on average, clinically disturbed, with a positive mean symptom index of 2.78 ( $SD = 0.42$ ), while the other group shows, an average, the absence of clinical symptoms. By analyzing both groups, it was possible to understand that in institutionalized youth who are serving a sentence, smoking, weapons use and unprotected sexual activity are risk behaviors that are related to childhood adversity. In this same group, smoking and sugar abuse are also related to psychopathology.

This study emphasizes a reflection already discussed in other investigations: the today's perpetrators are the victims of adverse experiences or events in the past.

## Índice

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>iv</b>
 <b>Introdução .....</b>	 <b>1</b>
 <b>PARTE I- Enquadramento Teórico .....</b>	 <b>3</b>
1 - Experiência Adversa na Infância e Acontecimentos de Vida Traumáticos .....	3
2- Impacto da Adversidade na Saúde Mental e Saúde Física do Jovem .....	4
2.1. Psicopatologia .....	4
2.2. Problemas de Saúde Física .....	5
2.3. Comportamento desviante .....	9
3. Modelos do Efeito da Adversidade .....	10
4. Jovens Institucionalizados <i>versus</i> Jovens não Institucionalizados .....	11
 <b>PARTE II- Investigação .....</b>	 <b>13</b>
Definição dos objectivos e Hipóteses .....	13
MÉTODO .....	14
Participantes .....	14
Instrumentos .....	15
Procedimento .....	16
RESULTADOS .....	17
6. Discussão dos resultados .....	26
7. Conclusões .....	30
 <b>Referências Bibliográficas: .....</b>	 <b>32</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 6. 1 Prevalência dos diversos tipos de experiências adversas na infância, contra o indivíduo e no contexto familiar, nos dois grupos (de estudo e de controlo) .....	18
Tabela 6. 2 Estatística descritiva da adversidade total .....	20
Tabela 6. 3 Prevalência de Comportamentos de Risco nos dois grupos (de estudo e de controlo).....	21
Tabela 6. 4 Resultados da comparação (teste Mann Whitney) no que diz respeito à variável total de adversidade considerando a presença ou ausência de cada um dos comportamentos de risco no grupo de estudo (n= 30).....	23
Tabela 6. 5 Sintomas Psicopatológicos do grupo de estudo em comparação com o grupo de controlo	24
Tabela 6. 6 Resultados da comparação (teste Mann Whitney) no que diz respeito à sintomas positivos de psicopatologia, considerando a presença ou ausência de cada um dos comportamentos de risco no grupo de estudo (n= 30) .....	25



## Introdução

Motivado por casos mediáticos ou simplesmente pela prevalência na população geral, a verdade é que o estudo da adversidade tem vindo a ser alvo de uma grande atenção, por parte dos investigadores, que associaram as experiências adversas aos factores de risco para desenvolver problemas de carácter psicossociais, na idade adulta. Este interesse por parte do público geral e por parte dos investigadores permitiu estudar a adversidade com populações muito distintas, nomeadamente entre homens reclusos, mulheres na mesma condição, veteranos de guerra, entre muitos outros. Num estudo com mulheres detidas que viveram várias experiências adversas durante a infância, verificou-se que as mesmas apresentavam muitos sintomas de psicopatologia e, concomitantemente, um elevado número de comportamento de risco, passíveis de comprometer o seu estado de saúde e perpetuar o ciclo de violência (Alves & Maia, 2010). Dada a associação entre a adversidade e as restantes condições associadas, entende-se que o seu conceito se baseie na exposição a um conjunto de circunstâncias pouco favoráveis para o normal desenvolvimento humano (Silva & Maia, 2007), o que compromete o desenvolvimento do indivíduo a vários níveis.

Se por um lado o mesmo conceito é interpretado à luz de inferências negativas, por outro, a adversidade é também considerada essencial à condição humana (Van der Kolk & McFarlane; cit. por Couto, 2007). Mas quando falamos de crianças e jovens, será aceitável conceptualizar a adversidade na infância como parte integrante de um percurso que pode sair comprometido pela desintegração que a confrontação com a experiência adversa pode provocar?

A investigação mostra que, quando se compara crianças, adolescentes e adultos com história adversa com pessoas sem esse tipo de vivências, temos uma maior probabilidade de encontrar mais dificuldades especialmente a nível social, emocional e académico entre as vítimas (cf. Maia e colaboradores, 2007).

Sensível a esse impacto, o trabalho aqui apresentado, com o título *Estudo comparativo entre Jovens não Institucionalizados e Institucionalizados a cumprir pena em centro educativo: Adversidade na infância, Psicopatologia, Saúde Física e Comportamento Desviante*, tem como objectivo comparar os dois grupos ao nível da adversidade, psicopatologia e comportamentos de risco para a saúde e averiguar uma possível relação

adversidade e psicopatologia com os comportamentos de risco. Como referem Connor e Butterfiel, (2003) os efeitos da adversidade no desenvolvimento do indivíduo vai depender de factores como a intensidade, o tipo, severidade ou duração. A população em estudo, jovens institucionalizados por terem cometido delitos, relata mais experiências adversas e mais psicopatologia do que um grupo de comparação, sugerindo que aA infância e adolescência são períodos de grande mudança e que a vivência de experiências adversas durante estas fases pode comprometer o desenvolvimento dos indivíduos, bem como a existência de vários factores de risco psicossociais capazes de aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações físicas e mentais na idade adulta. (Clemmons, DiLilli, martinez, DeGue& jeffcott, 2003 cit. in Dutra, 2009)

Esta tese está organizada em duas partes, sendo que a primeira compreende um enquadramento teórico, a abordar as várias variáveis da investigação. Além disso, explica a adversidade à luz de dois Modelos do Efeito da Adversidade. A população com história de delitos também é caracterizada nesta parte, tendo em conta a presença ou ausência da característica “instituição”. A segunda parte está reservada à investigação empírica, a culminar na apresentação dos resultados, discussão e conclusões.

## **PARTE I- Enquadramento Teórico**

### **1 - Experiência Adversa na Infância e Acontecimentos de Vida Traumáticos**

De acordo com os autores do Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, uma experiência adversa na infância consiste em sofrer, até aos 18 anos, de algum tipo de abuso pessoal (físico recorrente, emocional recorrente e/ou abuso sexual) e/ou crescer num ambiente familiar disfuncional, caracterizado pela presença de membros consumidores de substâncias, que já estiveram presos, deprimidos, que já tentaram o suicídio ou estão institucionalizados devido a doença mental, mãe maltratada, famílias monoparentais, pais divorciados ou ser órfão; e/ou ser negligenciado em termos físicos ou emocionais (Felitti et al., 1998). Desta forma, para facilitar uma categorização das experiências adversas, o grupo ACE, abrange em 10 categorias, não só as experiências relacionadas com a criança, como também as que envolvem o seu ambiente familiar. Isto permite inferir que as experiências adversas assumem uma diversidade de situações de vida, desde que com impacto ao nível do desenvolvimento do indivíduo e passíveis de perturbar o seu funcionamento emocional, cognitivo, social e físico esperados. Não sendo consensual um único conceito para a comunidade científica, importa, neste estudo, delimitar a experiência adversa na infância às diferentes formas de abuso infantil e de disfunção familiar (Hillis, Anda, Felitti, Nordenberg, & Marchbanks, 2000), evitando descurar alguma variável ou, pelo contrário, comprometer a investigação pelas variáveis intermináveis. A complexidade das experiências adversas não está só relacionada com a variedade de categorias, como também tem a particularidade destas não ocorrerem de forma independente, ou seja, como se verificou num estudo de Dong e colaboradores (2004), foi possível perceber que a presença de uma experiência adversa durante a infância aumenta a prevalência de ter experiências adversas adicionais. Há, portanto, fortes evidências de que as experiências adversas durante a infância estão inter-relacionadas.

Por sua vez, o conceito de acontecimento de vida surge como um fenómeno discreto e descontínuo na vida do indivíduo, implicando uma mudança ao longo da mesma, à qual está inerente um esforço de readaptação por parte de cada um (Ramos, 2004). Deve ainda considerar-se que a magnitude do acontecimento causa mudança nas actividades habituais (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; cit. por Ramos, 2004) e alguns autores sugerem conceptualizar os acontecimentos como problemas de vida com importância suficiente para desencadear emoções intensas (Brown, 1978; cit. por Ramos, 2004). À semelhança das experiências adversas, os acontecimentos de vida podem entender diversas formas, como é o caso de problemas de saúde graves, acidentes, incêndios, assaltos, atropelamentos, experiências de violência, profissões de risco, entre muitos outros (Ramos, 2004).

Como tem sido possível constatar com as várias investigações na área, as consequências da adversidade dependem de vários factores, como a gravidade da experiência ou as características do indivíduo que as vivencia. Assim sendo, torna-se pertinente considerar os diversos factores envolvidos, de modo a perceber o impacto que a experiência adversa pode provocar no percurso

desenvolvimental do indivíduo, quer ao nível da sua saúde mental, quer ao nível da sua saúde física e até no seu comportamento.

## **2- Impacto da Adversidade na Saúde Mental e Saúde Física do Jovem**

### **2.1. Psicopatologia**

Um dos impactos da exposição a acontecimentos e situações adversas mais estudados pela comunidade científica é a probabilidade dessas experiências conduzirem ao desenvolvimento de sintomatologia e perturbação psicológicas, bem como a manutenção das mesmas, quer na infância, quer em idade adulta. A história pessoal do indivíduo, nomeadamente as experiências vividas no seio familiar, tem uma influência determinante no seu desenvolvimento psicológico. Desta forma, a investigação tem demonstrado que os acontecimentos potencialmente traumáticos/adversos, são muito mais frequentes nas pessoas com diagnóstico psiquiátrico que em populações avaliadas na comunidade (Figueiredo, Fernandes, Matos, & Maia, 2004).

As perturbações psicológicas mais comuns em contextos de adversidade são, segundo Felitti (1998), as perturbações do humor, de ansiedade, de personalidade e de abuso de substâncias.

Um estudo de Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards e Anda (2004) analisou a relação entre adversidade durante a infância e o risco de depressão na idade adulta, verificando uma forte relação entre adversidade e depressão ao longo da vida. Já outra investigação semelhante, esta com crianças dos 10 aos 15 anos, teve como finalidade analisar cinco tipos de adversidade, em associação com a suspeita ou diagnóstico de ansiedade e/ou depressão, e concluiu que a adversidade na infância está relacionada com relatos de ambas as perturbações (Tonmyr, Williams, Hovdestad, & Draca, 2010). Ainda no âmbito da perturbação depressiva, Bernet e Stein (1999; cit. por Maia, 2006) demonstraram que 75% dos pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva major tinha sofrido pelo menos um tipo de adversidade na infância. Além disso, os sujeitos diagnosticados com a mesma perturbação, quando comparados com indivíduos saudáveis, relatavam ter vivenciado um maior número de acontecimentos adversos (*idem*).

Sabendo que são vários os acontecimentos ou experiências potenciadoras de causar trauma no indivíduo que as vivencia, o abuso emocional na infância tem sido referido como propulsor de um aumento no risco de desenvolvimento de perturbação depressiva (Chapman et al., 2004), enquanto o divórcio dos pais, o confronto com um acontecimento ameaçador e o abuso físico, mostram igualmente associação a uma maior prevalência de depressão ao longo da vida (Wainwright & Surtees, 2002; cit por Dutra, 2009). Na perspectiva de Rikhye e colaboradores (2008), a evolução de sintomas depressivos e a manutenção da perturbação, está relacionada com a qualidade dos cuidados parentais na infância, em geral.

No que concerne às perturbações da ansiedade, a Perturbação de Stress Pós Traumático (PSPT) assume um papel de relevância, na medida em que a literatura aborda -a como a perturbação mais frequentemente associada à história de adversidade na infância (Stovall-McClough & Cloitre,

2006; cit. por Maia et al., 2007 ). A sua relação com a adversidade é explícita na literatura, tendo sido verificado que 48% a 85% das pessoas que padeceram de algum tipo de adversidade na infância, apresentam PTSD ao longo das suas vidas (Stovall-McClough & Cloitre; cit. por Maia et al., 2006). Os estudos no âmbito desta perturbação têm sido realizados em amostras diversas, como é o caso de veteranos de guerra e vítimas de acidentes de viação ou de catástrofes naturais. Contudo, todos eles indicam que o confronto com realidades adversas, principalmente na infância, está fortemente relacionado com o risco de desenvolver PSPT. Os avanços alcançados pelos estudos ao nível dessa perturbação forneceram ferramentas para investigação ao nível da psicopatologia, na aquisição e manutenção de competências e consequências quanto a projectos de vida. Um modelo de desenvolvimento de psicopatologia sugere que a presença de experiências adversas durante a vida e PSPT podem coexistir com outras perturbações relativas à ansiedade e sobrepor-se à qualidade de vida do indivíduo (Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999).

As Perturbações da Personalidade têm, da mesma forma, surgido na literatura associadas a situações de adversidade, que têm sido consideradas como preditivas do aumento do risco de personalidade estado-limite e anti-social, durante o início da idade adulta. As características de agressividade, impulsividade, instabilidade emocional e dificuldades no relacionamento interpessoal, que marcam o comportamento nestas perturbações, podem aumentar a probabilidade de repetição de acontecimentos e experiências adversas, dada a adopção de comportamentos de risco que lhe está inerente (Jeffrey, et al., 1999). Concomitantemente, as perturbações relacionadas com o consumo de substâncias surgem igualmente associados a contextos de adversidade. Assim, quanto maior o número de experiências de adversidade a que o indivíduo é exposto, maior a probabilidade deste se envolver num consumo precoce de álcool, tabaco e drogas ilícitas, aumentando o risco desse tipo de consumo na idade adulta (Anda et al., 1999; Dube et al., 2003).

Tomando o pressuposto de que o estado de saúde constitui um bem-estar emocional e físico, para além da ausência da doença, e sabendo que a saúde mental está, muitas vezes, relacionada com a saúde física, importa agora compreender o impacto da adversidade neste último contexto.

## **2.2. Problemas de Saúde Física**

A acrescentar ao impacto psicológico abordado no ponto anterior, a exposição a acontecimentos de vida traumáticos e adversos reflecte-se também ao nível da saúde física, o que se verifica pelas queixas físicas, comportamentos de doença, utilização de meios médicos, morbilidade e mortalidade (cf. Maia, 2009).

Neste sentido, são vários os estudos que têm vindo a procurar explicar de que forma o indivíduo com experiência adversa percebe a sua saúde e de como isso pode influenciar o tipo de comportamentos adquiridos na protecção da mesma. As evidências científicas, ao estudarem diversas experiências de adversidade, quer na infância, quer na idade adulta, têm demonstrado que experiências e acontecimentos adversos possuem importantes efeitos, a longo prazo, ao nível da saúde

no sentido em que se encontram relacionadas com dificuldades na gestão pessoal de emoções, o que pode induzir a um estado geral de saúde mais débil (Perry & Pollard, 1998). Na explicação desse facto, corroboram que a exposição à adversidade está relacionada com uma percepção de saúde mais negativa (Green, Epstein, Krupnick & Rowland, 1997 cit. por Maia, 2009), o que conduz a um número maior de queixas físicas, bem como uma maior utilização dos recursos médicos.

Deste modo, as investigações na área têm sido unânimes ao concluir que a experiência da adversidade está relacionada com um maior índice de problemas de saúde (Connor & Butterfield, 2003, cit. por Maia, 2009). No presente trabalho, importa reflectir este nível de saúde mais baixo à luz de dois factores importantes: as *queixas de saúde* apresentadas e os *comportamentos de risco* que podem estar na sua origem. Afinal, segundo Connor e Butterfiel (2003), as pessoas com história de trauma demonstram mais comportamentos que põem em risco a saúde, quer devido a comportamentos que aumentam a morbilidade (ex.: Consumo de álcool ou drogas), quer pelo não envolvimento em comportamentos que previnem a doença (ex.: exercício, dieta, sexo seguro, etc.). Isto não vai só aumentar as queixas de saúde, como também acumula índices de mortalidade nos sujeitos com história de vida adversa (Felitti et al., 1998). Tornou-se, portanto, pertinente abordar separadamente cada um dos factores, no sentido de perceber quais os problemas de saúde maioritariamente referidos por estes indivíduos, bem como os comportamentos de risco associados, estudados nas investigações mais recentes.

### **2.2.1. Queixas de Saúde**

Segundo Raphael et al., (2001), desde a década de 50 que conceptualizações psicanalíticas referem o trauma por maus tratos na infância como propulsores de sintomas de dor e segundo os mesmos autores investigações internacionais mais recentes encontraram relação entre acontecimentos adversos na infância e o desenvolvimento de sintomas de Somatização (ex.: dor de barriga, dor de cabeça, dores musculares, entre outras), dos quais se destacam aqueles em que a dor não tem causa orgânica reconhecida, sendo muito provável uma origem psicológica. De forma a explicar este fenómeno, e assumindo que as experiências traumáticas estão associadas a sintomas de dor, alguns investigadores defendem que esta está relacionada com a depressão e outras psicopatologias já abordadas, dado o risco aumentado para o desenvolvimento de problemas psiquiátricos, quando um indivíduo é exposto ao trauma. Assim, a dor pode funcionar como uma manifestação somática da depressão, sendo possível deduzir que a depressão e a dor têm uma patogénese biopsicossocial comum (cf. Raphael et al., 2001).

Chapman e colaboradores (2011), num estudo que procurou analisar a relação entre múltiplas experiências adversas e distúrbios de sono, concluíram que estes estão associados a um aumento no risco de determinadas doenças crónicas, bem como a comportamentos de risco para a saúde. Além disso, verificaram que a exposição à adversidade, qualquer que seja o tipo, está associada a queixas de distúrbios do sono, nomeadamente à insónia.

A investigação relacionada com a morbilidade associada às experiências e acontecimentos de vida adversos constatou ainda que, os indivíduos que relatam quatro ou mais tipos de adversidade na infância, apresentam outros problemas de saúde: cancro, doenças cardiovasculares, problemas respiratórios, acidentes vasculares cerebrais, problemas gastrointestinais, diabetes, obesidade, sida e fracturas esqueléticas (Felitti et. al., 1998). No mesmo pressuposto, investigações que relacionam história de adversidade e saúde entre indivíduos que apresentam PSPT e indivíduos que não apresentam a perturbação, os primeiros revelam maior índice de problemas de saúde, particularmente respiratórios, digestivos, dermatológicos, musculo-esqueléticos, neurológicos, oftalmológicos e endócrinos (Connor & Butterfiel, 2003).

A Psicopatologia assume, portanto, um papel relevante na relação entre a adversidade e os Problemas de Saúde Física, na medida em que as pessoas diagnosticadas com perturbação mental (principalmente a PTSD), apresentam mais humor deprimido e emocionalmente negativos. Esta condição compromete os comportamentos de adesão terapêutica incitando, por outro lado, os comportamentos de risco para a saúde (Maia, 2006), abordados de seguida.

### **2.2.2. Comportamentos de Risco para a Saúde**

Nos múltiplos estudos, os acontecimentos e experiências de vida adversos têm surgido associados a mais comportamentos de risco para a saúde, sendo os mais recorrentes o abuso de substâncias ilícitas, o consumo de tabaco, os hábitos etílicos, os comportamentos de risco a nível sexual e, de uma forma menos explorada, a alimentação pouco saudável e o sedentarismo. Ou seja, a prática de hábitos prejudiciais para a saúde, segundo Matarazzo (1984; cit. por Alves, 2009).

O abuso de substâncias ilícitas está identificado como um dos principais indicadores de saúde, dadas as consequências nefastas (Healthy People, 2010), e a literatura sugere que, quanto maior o número de experiências adversas na infância, maior a probabilidade de consumir drogas durante o início da adolescência, a meio da adolescência, na idade adulta, ou em qualquer faixa etária (Shanta, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda, 2003). Este consumo de substâncias ilícitas, propagado em situação de adversidade, está também relacionado com o facto dos indivíduos expostos a vivências adversas terem mais probabilidade de desenvolver problemas psicológicos, mais concretamente a PSPT ou a Depressão (Connor & Butterfield, 2003). Além disso, estudos de caso com adolescentes que tiveram tentativas de suicídio prévias, mostram que as perturbações do humor, o abuso de substâncias, perturbações do comportamento, adversidade, assim como o facto de já ter tido uma tentativa de suicídio planeada, são factores de risco para o suicídio (Brent et al.; cit por Benseley, Spieker, Eenwyk & Schoder, 1999)

Para além das substâncias ilícitas, o consumo de tabaco também tem vindo a ser estudado, no sentido de compreender a sua relação com as experiências e acontecimentos adversos. Assim, o uso a longo prazo de nicotina tem sido associado à automedicação no sentido de lidar com emoções negativas, efeitos neurobiológicos e anti-sociais, consequentes de experiências adversas na infância.

Anda e colaboradores (1999) concluíram que fumar tem uma forte correlação com a exposição à adversidade na infância, pelo que adultos com história adversa apresentam uma grande percentagem de fumadores, quando comparados com indivíduos sem relatos de experiências de adversidade na infância. Num estudo semelhante, foi possível compreender que diversas experiências do tipo adverso encontram-se significativamente associadas ao tabagismo, sendo a prevalência de indivíduos com hábitos tabágicos regulares ou que alguma vez fumaram, maior em proporção com o aumento do número ou gravidade de acontecimentos e experiências adversos (Ford, Anda, Edwards, Perry, Zhao, & Croft, 2011).

O álcool é a mais comum e frequente droga usada e tem a capacidade de provocar múltiplos efeitos nefastos. Devido aos números elevados de consumo precoce de álcool, a relação com experiências adversas tem vindo a ser estudada no âmbito desta problemática.

De acordo com os resultados de diferentes estudos, as experiências adversas na infância estão fortemente relacionadas com o consumo de álcool (Dube et al., 2006) e é um factor associado ao abuso etílico parental (mãe, pai ou ambos). No caso de algum dos pais, ou ambos, serem consumidores abusivos de álcool, indivíduos com experiências adversas na infância apresentam mais probabilidade de desenvolver o mesmo hábito (duas a treze vezes mais), quando comparados com indivíduos sem tais experiências. Para além de desenvolver este comportamento mais cedo, a probabilidade de perdurar durante a idade também é aumentada em indivíduos com história de adversidade (Dube et al., 2001). O impacto das práticas de consumo de álcool no ambiente familiar foi estudado noutra investigação mais recente onde, Dube e colaboradores (2002) concluíram que, comparado com pessoas sem experiências adversas na infância, o risco de dependência alcoólica, auto-relatos de alcoolismo e o casamento com alcoólatras aumenta na presença de múltiplas experiências adversas na infância, independentemente do alcoolismo parental.

Finalmente, a literatura também tem posto em evidência os comportamentos de risco a nível sexual, como um dos mais associados à experiência adversa, na medida em que os indivíduos expostos a esse tipo de experiência iniciam a actividade sexual num momento mais precoce, apresentam múltiplos parceiros sexuais e, conseqüentemente, aumentam a probabilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST's) (Hillis et al., 2000). O mesmo autor alerta ainda para os comportamentos de risco sexuais dos indivíduos expostos a diversas formas de adversidade, referindo que, quanto maior for o número de categorias de experiências adversas vivenciadas, maior é a prevalência de DST's. Como já foi referido no ponto 2.2.1 deste trabalho, a Sida representa um problema significativo quando são estudados os problemas de saúde física associados à adversidade. Estes resultados podem estar relacionados com a negligência face ao uso de contraceptivos, o uso frequente do coito interrompido ou ter parceiros de alto risco, o que se reflecte no número aumentado de gravidezes na adolescência em sujeitos confrontados com experiências adversas (Anda et al., 2002; cit. por Silva & Maia, 2007).



Têm vindo a ser referidas as dificuldades ao nível da auto-regulação sentidas pelos indivíduos que se confrontam com acontecimentos e experiência de vida adversas, como factor explicativo dos vários comportamentos de risco e problemas de saúde apresentados pelos mesmos. Nesse sentido, e partindo do princípio que comer excessivamente pode ser uma estratégia para lidar com a emocionalidade negativa (Felitti, 1998; cit. por Silva & Maia, 2007a), um estudo de Silva & Maia (2007a) vem mostrar que indivíduos com obesidade mórbida apresentam história de diversos tipos de adversidade. Este excesso de peso que é alvo de atenção médica, está muitas vezes associado à ingestão compulsiva, a uma alimentação pouco saudável e à falta de exercício físico ou sedentarismo, compreendendo todos comportamentos de risco para à saúde.

### 2.3. Comportamento desviante

De acordo com o exposto anteriormente, percebe-se que os aspectos relacionados com o ambiente familiar estão associados à adversidade e esta tem implicações na saúde física e mental do indivíduo. Aquando da abordagem do impacto das experiências adversas ao nível da psicopatologia, sublinharam-se as Perturbações da Personalidade, destacando a Perturbação Anti-social e Estado-limite. Uma vez que estas são caracterizadas por um padrão de comportamento impulsivo e, muitas vezes, agressivo, pode inferir-se que, ainda que de uma forma implícita, a adversidade potencia também algumas alterações a nível comportamental. Aliado aos comportamentos de risco já abordados, o contexto adverso está também associado à violência inter-pessoal, incapacidade e crime (Sly et al., 1997; cit por Shanta, Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda, 2003). Assim, importa retirar um possível comportamento desviante das entrelinhas dos estudos científicos, que se focam principalmente na psicopatologia e saúde física.

Becker (citado por Quintañs, 2009), contextualiza o comportamento desviante da seguinte forma:

Todos os grupos sociais estabelecem regras e esforçam-se, em certas circunstâncias e em certos momentos, por as fazerem cumprir...As regras sociais definem situações e tipos de comportamento apropriado a essas situações, especificando quais as acções legítimas (right) e proibindo outras como más (wrong). Quando aplica uma regra, uma pessoa que é suspeita de a ter violado (...) é olhada como um marginal (outsider)... Mas a pessoa assim designada (labelled) marginal pode encarar a questão de uma maneira diferente. Pode não aceitar a regra com base na qual foi julgada... (p.10).

Isto alerta, mais uma vez, para a importância do contexto familiar na aquisição de uma conduta situada nos padrões normativos, instituídos por regras. Desta forma, os diversos aspectos da família aparecem associados ao comportamento desviante dos jovens. Segundo Fonseca (2002), relatórios oficiais do Reino Unido que abordam o aumento da delinquência juvenil, revelam como uma das causas *“a conduta indigna dos pais”*. Nesta perspectiva, como refere Perry e Pollard (cit. por Shanta, Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda, 2003) compreende-se que os processos biológicos inerentes ao confronto com experiências adversas na infância, como o abuso recorrente ou exposição à violência doméstica, possam afectar precoce e negativamente o desenvolvimento do

sistema nervoso central, comprometendo a capacidade de lidar com emoções negativas, o que impulsiona problemas emocionais e comportamentais numa fase mais tardia da vida. No sentido de explicar as estratégias adoptadas por jovens que experienciaram algum tipo de adversidade, Gonçalves (2008) traça um *continuum* desde situações menos problemáticas até situações de maior potencial de perigosidade (comportamento desviante), em que o indivíduo adopta atitudes, comportamentos e modos de estar que lhe permitem demarcar-se do grupo a que pertence, aderindo a outro, ou integrar-se em comportamentos de contra-cultura.

Pode ainda relacionar-se o comportamento desviante com o abuso de substâncias, já anteriormente discutido, como recorrente em indivíduos expostos a experiências adversas. Afinal, de acordo com o National Institute on Drug Abuse (2005; cit. por Larkin & Records, 2007) muitos indivíduos com problemas relativos ao abuso de substâncias estão, de alguma forma, cadastrados no sistema judicial e criminal. Desta forma, corrobora-se a existência de uma complexa relação entre o crime e o abuso de substâncias, uma vez que este, tal como abordado no parâmetro referente à Psicopatologia, está fortemente associado a experiências e acontecimentos adversos na infância (Brownstein & Crossland, 2003; Chong, 1998; Delany, Fletcher & Shields, 2003; Harrison, 2001; Kinlock, O'Grady & Hanlon, 2003; Lipton & Johnson, 1998; McBride & Inciardi, 1993; McBride, VanderWaal, Terry & VanBruren, 1999; National Institute on Drug Abuse, 2005; Wenzel, Longshore, Turner & Ridgely, 2001; cit. por Larkin & Records, 2007).

### **3. Modelos do Efeito da Adversidade**

A comunidade científica tem divulgado dados expressivos quanto à influência de experiências e acontecimentos de vida adversos durante a infância, ao nível do desenvolvimento social, cognitivo, emocional, físico e comportamental do ser humano. Em consonância, torna-se pertinente expor dois dos vários modelos explicativos já desenvolvidos, com o intuito de compreender os efeitos da adversidade no indivíduo que dela sofreu. Neste sentido, aborda-se uma perspectiva biológica em contraste com uma abordagem psicossocial que, de certa forma, assumem uma função complementar.

O “*Modelo de Resposta Emocional Condicionada*”, Kolb (1993; cit. por Dutra, 2009) explica que a exposição prolongada a situações de ameaça pode produzir alterações ao nível do sistema límbico, responsável pela regulação de emoções, o que estimula o *locus coeruleus*. Sendo esta a localização da maioria dos neurónios adregénicos, estes activados por estímulos ameaçadores externos, são despoletadas respostas de alarme e medo. Este tipo de resposta pode generalizar-se mesmo face a estímulos neutros, devido a uma associação entre estímulos ameaçadores e não ameaçadores. Como consequência, e face a uma hiperactivação da zona cerebral em questão, a resposta torna-se condicionada. Também Maia (2011) explica por que mecanismos neurobiológicos a exposição a stress precoce se relaciona com os sintomas que temos vindo a rever nos sujeitos vitimados na infância.

Já o grupo de investigadores ACE propõe uma explicação global, enfatizando uma continuidade e integração de acontecimentos, ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Assim, explicam que na sequência de uma experiência adversa, o indivíduo padece de alterações no funcionamento cognitivo, social e emocional. Desta situação resulta um estado de fragilidade, que conduz à adopção de comportamentos de risco para a saúde.

Este tipo de comportamentos é entendido, pelos autores, como mecanismos de *coping* para a adversidade (Felitti, 1998). Com isto, explica-se a quase inevitabilidade de uma maior prevalência de problemas de saúde e desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas, que podem conduzir o indivíduo à morte, em sujeitos com história adversa. Os mesmos autores também conceptualizam os efeitos das experiências adversas no desenvolvimento cerebral, considerando que estas influenciam no estilo de *coping* adoptado pelo próprio. Percebe-se, portanto, que a conotação negativa das experiências adversas contribuiu para a aquisição de estratégias igualmente negativas no confronto com o contexto de adversidade.

#### **4. Jovens Institucionalizados versus Jovens não Institucionalizados**

No ano de 2010, 226 jovens encontravam-se em regime de internamento em Centros Educativos (CE), tendo este número aumentado desde 2007 até 2009, em que se registavam 203 e 204 jovens na mesma condição, respectivamente (Direcção Geral de Política de Justiça, MJ, 2010). Nestes centros, que se destinam aos jovens que cometeram delitos sérios, verifica-se que as faixas etárias situadas entre os 15 e os 17 anos de idade são as mais significativas dos educandos. A grande maioria destes jovens são rapazes (n=201), enquanto as raparigas representam apenas 11% desta população (DGPIJ, 2010). No entanto, segundo a mesma fonte, desde o ano de 2008 a percentagem de elementos do sexo feminino tem vindo a aumentar. No que respeita ao motivo que justificou o internamento em CE, verifica-se que os crimes contra a propriedade são os mais representados, seguidos os crimes contra a integridade física, os crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual e, finalmente, os crimes respeitantes ao consumo de estupefacientes (DGPIJ, 2010).

As condições que caracterizam o ambiente institucional distanciam-se das do meio familiar, quer no que respeita à sua organização e dinâmicas funcionais, quer nos papéis assumidos pelos diferentes participantes. Sloutsky (1997) sublinha que a característica primordial do contexto institucional reside no facto de constar de um local de residência (de crianças e adolescentes) e de trabalho dos seus funcionários, que se regem segundo papéis sociais. No mesmo sentido, Bronfenbrenner (1996) refere que, ainda que uma instituição de acolhimento infantil possa servir o propósito de fomentar o desenvolvimento humano em toda a sua abrangência, esta é uma realidade que claramente não fornece um funcionamento familiar equivalente ao das crianças que crescem com os progenitores.

O processo de institucionalização de crianças e jovens parece ter subjacentes mecanismos de selecção mais associados à sua história e da sua família de origem do que propriamente à situação de

maltrato ou crime (Carvalho, 1999, cit. Alberto, 2003, p.231). Como refere o mesmo autor, a história destes jovens conta vivências familiares acentuadamente marcadas por perdas, rupturas, negligência, abandono, maus-tratos, violência familiar e carência socioeconómica, o que aumenta, desde logo, o risco social bem como a sua vulnerabilidade. São, por isso, indivíduos com um percurso de vida inicial já marcado pela adversidade. Isto faz deles uma população particular neste estudo, pela relação entre os seus acontecimentos de vida e um maior envolvimento em comportamentos de risco, que se verifica mais acentuado.

Na generalidade, os estudos na área sugerem que a vivência institucional está relacionada com resultados desenvolvimentais negativos posteriores (O'Connor, 2005).

Comparativamente aos jovens com acompanhamento parental e em contexto familiar, os jovens institucionalizados parecem demonstrar maior prevalência de dificuldades sócio-comportamentais, que se traduzem num comportamento mais agressivo e com tendências desviantes, pelas limitações causadas ao nível da competência social (Johnson et al., 2006). Algumas investigações sugerem que essa limitação está relacionada com uma estigmatização social que atribui um valor pejorativo e depreciativo à “identidade institucional”, o que poderá conduzir a uma “identidade delinquente”, reforçada por preconceitos sociais (Bronfenbrenner, 1979/1996; Silva, 1997). Dos comportamentos desadaptados adoptados por jovens em internamento, salienta-se o consumo de drogas que, em comparação com a população de jovens em geral, é mais elevado. Como descrito acima, este é um dos motivos da internalização, sendo que os crimes relacionados com droga têm vindo a aumentar (Diamond et al., 2001). Sabendo que a exposição a situações de vida adversas, principalmente em fase precoce do desenvolvimento, conduz a um início do consumo mais prematuro, compreende-se que os indivíduos que consomem mais cedo tenham mais probabilidade de manter esse comportamento ao longo do tempo, de se envolverem com pessoas delinquentes, participarem em actividades e comportamentos desviantes e, conseqüentemente, de se envolverem em actos criminais (Johnson, 2001).

Considerando esta maior tendência para o envolvimento em comportamentos de risco, é de esperar que os jovens institucionalizados apresentem pior condição de saúde física. De acordo com um estudo de Fisher e colaboradores (1997; cit. por Quintães, 2009), apenas 15% dos jovens institucionalizados, no momento da admissão, eram considerados fisicamente saudáveis. Os mesmos autores concluíram ainda que os problemas mais comuns eram problemas gastrointestinais, hepatite B e anemia. A acrescentar, a prevalência de doenças infecciosas e crónicas revela-se mais acentuada na população institucionalizada, comparativamente à população em geral (Urban Institute, 2002; cit. por Golembeski & Fullilove, 2005). As experiências adversas na infância estão, mais uma vez, relacionadas, na medida em que podem funcionar como iniciadores do desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis, dados os comportamentos sexuais de risco (ex.: vários parceiros, não utilização de contraceptivos) (Hillis e colaboradores, 2000).

Associadas a uma maior predisposição para os comportamentos desviantes e de risco e mais complicações ao nível da saúde física em situações de adversidade na infância, estão também as perturbações psicológicas. À semelhança do que tem vindo a ser apresentado, os jovens institucionalizados apresentam maior frequência de problemas de saúde mental, quando comparados com os jovens em contexto familiar (Singleton, Farrel, & Meltzer, 1999). Da psicopatologia apresentada são mais prevalentes as perturbações depressivas, a perturbação de Stress Pós Traumático (PSPT), a perturbação de personalidade anti-social e as relacionadas com substâncias (Diamond e tal., 2001). A PSPT assume um papel de relevância, uma vez que tem sido a perturbação mais frequentemente associada à história de abuso durante a infância, com uma taxa de prevalência de 85% ao longo da vida (Roth et al., 1997, citados por Maia, 2006).

Como tem vindo a ser demonstrado, o facto de estes jovens experienciarem precocemente acontecimentos de vida traumáticos e adversidades, tem um impacto emocional significativo, que se reflecte ao nível de problemas de auto-regulação emocional e comportamental. Como tal, as estratégias que os mesmos utilizam para enfrentar a adversidade vivida ao longo da infância, não são as mais adequadas e podem resultar no consumo de substâncias, comportamentos auto-destrutivos, tentativas de suicídio, entre outras (Anda e tal., 1999). Desta forma, parecem tentar regular o afecto e lidar com a sua história, compensando a privação de um acompanhamento parental equilibrado e rico em experiências familiares e relações afectivas.

Pelos motivos aqui expressos, a escolha dos jovens institucionalizados como população de estudo, partiu do pressuposto que estes jovens constituem um grupo com características específicas, que aumentam a probabilidade de contarem histórias de adversidade e, como tal, adoptarem comportamentos de risco para a saúde, padecendo de uma saúde física e mental mais débil.

## **PARTE II- Investigação**

### **Definição dos objectivos e Hipóteses**

Considerando as experiências e acontecimentos de vida traumáticos na infância como potenciadoras de infligir o percurso de vida do indivíduo, comprometendo quer a sua saúde mental e física, quer o seu comportamento, torna-se pertinente averiguar as características psicossociais dos jovens institucionalizados a cumprir pena, comparativamente aos jovens não institucionalizados. Com isto, este estudo visa compreender de que forma a adversidade na infância está relacionada com a psicopatologia e os comportamentos actuais, tanto de risco para a saúde, como comportamentos desviantes, que podem conduzir à institucionalização.

Nesse sentido, intenta-se descrever as experiências adversas vividas pelos adolescentes institucionalizados e averiguar em que medida a história de vida na infância se encontra relacionada com a saúde mental, saúde física e com os comportamentos de risco para a saúde. Além disso, propõem-se averiguar a relação entre adversidade na infância, sintomatologia psicológica, saúde física

e comportamento desviante. Considerando a extensão da problemática em estudo, torna-se necessário orientar o mesmo para os seguintes objectivos específicos:

1. Descrever as experiências e acontecimentos de vida adversos em jovens institucionalizados e não institucionalizados e descrever a sua prevalência nos dois grupos;
2. Determinar os comportamentos de risco para a saúde nas duas populações;
3. Caracterizar ambos os grupos de jovens quanto à sintomatologia psicológica;
4. Comparar os dois grupos de jovens em estudo ao nível da adversidade, psicopatologia, e comportamentos de risco para a saúde;
5. Averiguar a relação entre adversidade na infância e psicopatologia com comportamentos de risco para a saúde, no grupo de jovens institucionalizados a cumprir pena.

Face aos objectivos estabelecidos são propostas as seguintes hipóteses:

**H1-** Espera-se que os jovens institucionalizados a cumprir pena relatem mais experiências adversas, apresentem maior índice de psicopatologia, comportamentos de risco quando comparados com os jovens não institucionalizados.

**H2-** Espera-se que no grupo de jovens institucionalizados a cumprir pena se observe um valor mais elevado nas variáveis adversidade total e psicopatologia nos sujeitos que relatam cada um dos comportamentos de risco.

De forma a cumprir com os objectivos designados, esta investigação seguiu uma metodologia quantitativa, onde os dados são analisados através do tratamento estatístico, segundo testes não paramétricos, de diferenças e comparações inter-sujeitos. Em termos de modalidade de investigação científica optou-se pela comparativa, uma vez que permite averiguar se existe relação entre as variáveis e, concomitantemente, comparar médias de uma variável entre os dois grupos (institucionalizados a cumprir pena e não institucionalizados). Prevê-se, desta forma, facilitar a compreensão do fenómeno em causa.

Relativamente à natureza da investigação, esta é de carácter transversal, tendo em conta a avaliação comparativa de grupos num único momento, para inferir sobre a relação da adversidade na infância, comportamentos de risco e psicopatologia de jovens. Seguidamente será apresentado o método.

## MÉTODO

### Participantes

A investigação contou com um total de 72 participantes, divididos em dois grupos: o grupo de jovens em regime de internamento num Centro Educativo, a cumprir penas por incumprimento da lei, que vão desde os 2 aos 6 anos (*grupo de estudo*) e um *grupo de* jovens não institucionalizados - estudantes do ensino profissional, numa escola secundária- (*grupo de controlo*). O *grupo de estudo* era

constituído por 30 participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 13 e os 21 anos. O nível de escolaridade apresentada por este grupo variava entre o 5º e o 9º ano de escolaridade, sendo que muitos dos jovens possuía apenas o 7º ano de escolaridade, 33,3% ( $n=10$ ), seguindo-se de uma percentagem de 30% ( $n=9$ ) de jovens, com o 6º ano de escolaridade. Dos restantes, 23,3% ( $n=7$ ) frequentou a escola durante nove anos, 10% dos jovens ( $n=3$ ) realizou o 5º ano e 3,3% ( $n=1$ ) frequentou a escola até ao 8º ano.

Quanto ao motivo da Institucionalização, foi possível perceber que, na maioria dos jovens, não há só um tipo de crime cometido. Verificamos que 30% ( $n=9$ ) encontra-se institucionalizado por furto, seguidos de uma percentagem igualmente elevada (26,7%;  $n=8$ ) de jovens institucionalizados por agressão a terceiros, roubo e abstinência escolar. A cumprir pena por tráfico de droga, tentativa de homicídio e roubo estão 13,4% ( $n=4$ ) e 10% ( $n=3$ ) por assalto à mão armada. Em percentagens mais pequenas, verificaram-se penas por sequestro, violação e Bullying escolar. A média do tempo de internamento destes jovens no momento de avaliação é de 229, 43 dias (aproximadamente 8 meses), com desvio padrão de 288,11, que varia com a gravidade do acto praticado pelo jovem.

No que diz respeito à situação familiar antecedente à institucionalização, verificou-se que 40% ( $n=12$ ) vivia em casa com os pais, 26,6% ( $n=8$ ) vivia em casa em situação de monoparentalidade (com o pai ou mãe e irmãos), 16, 7% ( $n=5$ ) vivia em casa com a família reconstruída (mãe/pai, padrasto/madrasta e irmãos), enquanto os restantes viviam com os avós, tios, namoradas ou noutras instituições. Em média, o agregado familiar deste grupo era constituído por 4,90 pessoas ( $DP = 1,65$ ).

Relativamente ao estado civil dos participantes, todos eram solteiros.

O *grupo de controlo* era composto por 42 participantes, dos quais 64,29 % ( $n=27$ ) eram do sexo feminino e 35,71% ( $n=15$ ) do género masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 21 anos. A média das idades é de 17,86 anos ( $DP = 1,39$ ). A escolaridade mínima era o 9º ano (2,39%;  $n=1$ ), enquanto 71,43% ( $n = 30$ ) dispunham do 12º ano de escolaridade. O agregado familiar destes jovens era constituído, em média, por 3, 38 pessoas ( $DP = 0,88$ ).

## **Instrumentos**

**Questionário Sócio Demográfico** composto por questões de escolha múltipla que incluem dados de identificação (sexo, idade, estado civil, escolaridade, Situação Ocupacional) e informação familiar (número de agregado familiar, Grau de escolaridade dos pais e mudanças de habitação). No caso do caderno aplicado à amostra de Jovens Institucionalizados foram incluídas questões de resposta breve, relativas à Institucionalização (motivo, duração e detenções anteriores).

**Brief Symptoms Inventory -BSI** (de Derogatis, 1975; versão adaptada por Canavarro, 1995): É um instrumento de auto-resposta constituído por 53 itens, em que o indivíduo assinala o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala tipo *Likert*, cotado desde “Nunca” (0) a “Muitas Vezes” (4). Este inventário permite avaliar a sintomatologia psicopatológica segundo nove dimensões básicas, sendo elas a Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal,

Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Além disso, dispõem de três índices globais para avaliação: Índice Geral de Sintomas (número se sintomas psicopatológicos e intensidade); Índice de Sintomas Positivos (combinação da intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes) e Total de Sintomas Positivos (número de sintomas assinalados) sendo estas avaliações sumárias de perturbação emocional. Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelam níveis de consistência interna adequados para as nove escalas, e estudos de fiabilidade e validade indicam que este instrumento avalia adequadamente a psicopatologia (Canavarro, 1999).

**Questionário de Hábitos e Estilo de Vida -Q.H.E.V** (de Wardle & Steptoe, 1991; versão traduzida e adaptada por McIntyre & Soares, 1996): É um questionário organizado em grupos de questões dicotómicas, de escolha múltipla ou resposta breve, constituído por 45 itens. Permite avaliar hábitos de saúde, nomeadamente em termos de dieta e hábitos alimentares, abuso de substâncias, práticas de saúde positivas e cuidados preventivos.

**Questionário de História de Adversidade na Infância** (de Felliti & Anda, 1998; traduzido por Silva & Maia, 2007): É uma tradução do “Family ACE Questionnaire” e consiste num instrumento de auto-relato para adultos, que avalia a ocorrência de experiências adversas na infância. Os itens estão organizados de acordo com as 10 categorias de adversidade definidas pelo grupo de investigação ACE (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, exposição à violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, divórcio ou separação parental, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio, negligência física e negligência emocional) (Silva & Maia, 2007). Essas experiências estão ainda agrupadas em três categorias: Negligência, ambiente familiar disfuncional e experiências contra o indivíduo.

## **Procedimento**

A primeira fase do procedimento deste trabalho consistiu na elaboração de um pedido de autorização à Direcção Geral de Reinserção Social (Direcção de Serviços de Estudos e Planeamento), bem como à administração da Escola Secundária onde decorreu o estudo, ambos com o objectivo de tornar exequível a recolha de dados. Posteriormente à resposta de autorização da Escola Secundária, entrou-se em contacto com a mesma, de forma tomar conhecimento do número de alunos disponíveis para participação, os professores responsáveis e acordar a calendarização, de modo a não prejudicar a rotina diária da instituição. Aquando da recolha de dados, os participantes foram convidados a participar no estudo, na sala de aula, após o término da mesma. Eram-lhes explicados os objectivos do projecto e, no caso de disponibilidade, cada um preenchia o consentimento informado, que garante o anonimato e confidencialidade dos dados. Posto isto, os cadernos foram distribuídos e auto-administrados pelos alunos que, em caso de dúvidas as expunham individualmente.



No caso da Direcção Geral de Reinserção Social, após a sua autorização, foi possível entrar em contacto com o Centro Educativo onde foram recolhidos os dados, onde se calendarizou a recolha e se acordaram aspectos importantes a ter na organização, dadas as regras internas do estabelecimento. Por diversos motivos, não foi possível que os participantes auto-adminstrassem o caderno de questionários, pelo que foi disponibilizado um gabinete para realizar a recolha, de forma individual. O guarda do centro educativo encaminhava um participante aleatoriamente, a quem eram explicados os objectivos do estudo e proposta a sua participação. Uma vez disponível, cada jovem assinava o consentimento informado, à semelhança do que foi explicado em cima, seguindo-se as respostas ao caderno.

A recolha de dados nas duas instituições teve a duração de 6 meses, desde os finais de Janeiro até ao final de Julho do ano de 2011, com um interregno significativo entre a primeira e a segunda instituição, devido ao processo de tomada de autorizações.

Para a análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o programa de tratamento estatístico *SPSS (Statistical Program for Social Sciences - 19.0)*, com o qual se realizaram análises descritivas e inferenciais.

## RESULTADOS

### Experiências Adversas na Infância

As 10 categorias de adversidade, definidas pelo grupo de investigação ACE, foram avaliadas segundo o Questionário de História de Adversidade na Infância (traduzido por Silva & Maia, 2007). De forma a facilitar a visualização das mesmas no grupo de estudo e no grupo de controlo, as categorias foram agrupadas segundo as *condições adversas contra o indivíduo* (Abuso Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência emocional e Negligência física) e a *exposição à adversidade no contexto familiar* (Exposição à violência doméstica, Abuso de substâncias, Divórcio/ Separação, Perturbação mental/ Suicídio e comportamento desviante). No sentido de verificar as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às categorias da adversidade, procedeu-se ao Qui-Quadrado ( $X^2$ ).

Tabela 6.1

*Prevalência dos diversos tipos de experiências adversas na infância, contra o indivíduo e no contexto familiar, nos dois grupos (de estudo e de controlo)*

Grupo de Estudo N=30		Grupo de Controlo N=42		$X^2$
<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	

<i>Exposição a condições adversas contra o indivíduo</i>	<i>indivíduo</i>	Abuso Emocional	6	20	8	19	0,01 (ns)
		Abuso Físico	15	50	7	16,7	9,86 **
		Abuso Sexual	0	0	5	11,9	4,04*
		Negligência Emocional	28	93,3	10	23,8	33,10***
		Negligência Física	16	53,3	6	14,3	12,58***
<i>Exposição a adversidade no contexto familiar</i>	<i>familiar</i>	Exp Violência Doméstica	16	53,3	4	9,5	16,74***
		Abuso de substâncias	13	43,3	4	9,5	12,44***
		Divórcio/ Separação	14	46,7	13	31	1,84 (ns)
		Pert Mental ou Suicídio	5	16,7	6	14,3	0,06 (ns)
		Comportamento Desviante	21	70	4	9,5	28,24***

Nota: \* p< 0,05 \*\* p< 0.01 \*\*\*p< 0.001, ns= não significativo

Podemos constatar que, no que refere às condições adversas contra o indivíduo, no grupo de estudo 50% ( $n=15$ ) relata abuso físico, 93,3% ( $n=28$ ) relata negligência emocional e 53,3% ( $n=16$ ) relata negligência, sendo estas categorias mais expressivas de adversidade, comparativamente ao grupo de controlo. Os jovens institucionalizados não relatam abuso sexual, isto é, não responderam afirmativamente em nenhuma das questões da categoria, assinalando “Nunca” em todas. No entanto, na mesma categoria, 11,9% ( $n=5$ ) dos indivíduos não institucionalizados relatam abuso sexual. No que respeita ao abuso emocional, este é menos relatado pelo grupo de estudo, com uma percentagem de 20% ( $n=6$ ) no grupo de controlo, ainda que a diferença entre os grupos seja apenas de 1%.

Relativamente ao confronto com a adversidade no contexto familiar, esta é mais relatada pelo grupo de estudo em todas as categorias. Nos maus tratos à mãe, perpetrados pelo pai, padrasto ou namorado, verificamos que 53,3% ( $n=16$ ) dos indivíduos institucionalizados foi exposto a violência doméstica, enquanto apenas 9,5% ( $n=4$ ) do grupo de controle presenciou o mesmo acontecimento. Na categoria de abuso de substâncias constatamos que 43,3% ( $n=13$ ) dos sujeitos institucionalizados

viveu com, pelo menos, um familiar que consumia drogas ou álcool, enquanto que, 9,5% ( $n=4$ ) dos sujeitos não institucionalizados experienciou a mesma condição. No que respeita à experiência de divórcio ou separação dos pais, 46,7 % ( $n=14$ ) dos jovens institucionalizados experienciaram este acontecimento de vida potencialmente adverso, no entanto, 31% ( $n=13$ ) do grupo de controlo também viveu esta condição. Uma percentagem de 16, 7% ( $n=5$ ) do grupo de estudo viveu com alguém deprimido ou com alguma doença mental no seio familiar e alguém na sua casa tentou cometer o suicídio, já no grupo de controlo, 14,3% ( $n=6$ ) viveu com pelo menos um elemento da família com perturbação mental ou que tentou cometer o suicídio. Finalmente, no que respeita familiares reclusos durante a infância dos jovens, 70% ( $n=21$ ) dos sujeitos institucionalizados apresentam esta condição, o que pressupõe a existência de comportamento desviante na história familiar. O mesmo acontece apenas para 9,5% ( $n=4$ ) dos sujeitos não institucionalizados.

Como é possível constatar através do resultado do teste Qui-Quadrado, há associação entre a variável grupo de pertença e a maior parte das experiências adversas, sendo estas normalmente mais presentes no grupo de estudo. No entanto verifica-se o contrário, no que se refere ao abusos sexual.

### Adversidade Total

O resultado do somatório das diferentes categorias de experiência e acontecimentos adversos, apresentados acima, permitiu calcular a adversidade total para os dois grupos de participantes, tendo sido atribuído o valor “0” no caso de nenhum tipo de adversidade ter sido relatada e “1” quando há relato de adversidade, independentemente do tipo. Um maior score é representativo de maior adversidade.

Tabela 6.2

*Estatística descritiva da adversidade total*

	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo	
	N=30		N=42	
	N	%	N	%
<b>0</b>	0	0	13	31
<b>1</b>	1	3,3	13	31
<b>2</b>	4	13,3	5	11,9
<b>3</b>	4	13,3	2	4,8
<b>4</b>	4	13,3	3	7,1

<b>5</b>	8	26,7	2	4,8
<b>6</b>	1	3,3	0	0
<b>7</b>	2	6,7	0	0
<b>8</b>	2	6,7	1	2,4
<b>9</b>	1	3,3	0	0
<b>10</b>	0	0	0	0
			Z	
<b>Resultado Mann-Whitney</b>			-5,27***	

Nota: \*\*\*  $p < 0,001$

Analisando a tabela 6.2 é possível verificar que todos os jovens institucionalizados apresentam algum tipo de adversidade, enquanto 31% ( $n=13$ ) dos jovens não institucionalizados não relata qualquer tipo de experiência adversa. Isto significa que 100% do grupo de estudo ( $n=29$ ) viveu pelo menos uma experiência de adversidade na infância, bem como 69% ( $n= 26$ ) do grupo de controlo. No entanto, nenhum dos participantes de ambos os grupos apresentou dez experiências adversas sendo que, no grupo de estudo, também nenhum dos jovens relatou seis, sete ou nove experiências ou acontecimentos adversos na infância. Resumindo, o grupo de estudo apresenta, em média 4,51 experiências adversas ( $DP=2,04$ ), enquanto no grupo de controlo os jovens relatam uma média de 1,51 experiências adversas na infância ( $DP=1,80$ ). O teste de Mann- Whitney sugere que os sujeitos do grupo de estudo têm uma média significativamente superior de experiências adversas

### Comportamentos de Risco para a Saúde

A partir do Questionário de Hábitos e Estilo de Vida (adaptado por McIntyre & Soares, 1996) foi possível recolher informação quanto aos hábitos de saúde, nomeadamente em termos de hábitos alimentares, abuso de substâncias, práticas de saúde positivas e cuidados preventivos dos participantes de cada grupo. Desta forma, tomou-se como comportamos de risco para a saúde os apresentados na tabela e as diferenças estatisticamente significativas destes comportamentos, entre os dois grupos estão avaliadas pelo teste Qui-Quadrado, com os resultados apresentados na tabela abaixo.

Tabela 6.3

*Prevalência de Comportamentos de Risco nos dois grupos (de estudo e de controlo)*

	Grupo de Estudo N=30		Grupo de Controlo N=42		X <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
<b>Fumar</b>	12	40	8	19	3,83 <sup>+</sup>
<b>Não usar cinto de segurança</b>	15	50	15	35,7	1,47 (ns)
<b>Abuso de álcool</b>	24	80	10	23,8	22,17***
<b>Não escovar os dentes</b>	3	10	7	16,7	0,65 (ns)
<b>Refeições insuficientes</b>	0	0	3	7,1	2,24 (ns)
<b>Não tomar pequeno-almoço</b>	5	16,7	14	33,3	2,27 (ns)
<b>Abuso de açúcar</b>	2	6,7	12	28,6	5,36*
<b>Uso de drogas</b>	17	56,7	1	2,4	27,51***
<b>Auto-mutilação</b>	7	23,3	7	16,7	0,50 (ns)
<b>Risco de suicídio</b>	7	23,3	12	28,6	0,09 (ns)
<b>Violência</b>	28	93,3	20	47,6	16,46***
<b>Andar armado</b>	18	60	6	14,3	16,46***
<b>Início precoce da actividade sexual</b>	29	96,7	11	26,2	26,10***
<b>Actividade sexual desprotegida</b>	11	36,7	8	19	0,70 (ns)

Nota: \* p < 0,05 \*\* p < 0.01 \*\*\*p < 0.001; <sup>+</sup> p<.10; ns= não significativo

Recorrendo aos resultados apresentados na tabela 6.3, é possível constatar que o grupo de estudo apresenta maior comportamentos de risco no que compreende o consumo de nicotina (fumar), não usar cinto de segurança, abusar de substâncias etílicas (álcool), o uso de drogas, a auto-mutilação, o comportamento violento/ agressivo, o porte de armas, o início precoce da actividade sexual e a prática de relações sexuais desprotegidas. Destes referidos, a iniciação precoce da actividade sexual representa o comportamento de risco mais expressivo, adoptado por 96,7 % (*n*=29) dos jovens institucionalizados, enquanto apenas 47,6% (*n*=6) dos jovens não institucionalizados adoptou o mesmo comportamento. No mesmo sentido, a média de parceiros sexuais, até à data, no grupo de estudo é de 7,9 parceiros (DP= 6,4), enquanto os participantes do grupo de controlo revela, em média,

2,8 parceiros sexuais (DP=4,0). Com uma percentagem igualmente expressiva apresenta-se o comportamento agressivo/ violento, em que 93,3 % ( $n=28$ ) do grupo de estudo relata envolver-se em cenas de pancadaria sendo que 47,6% ( $n=20$ ) do grupo de controlo também. O terceiro comportamento de risco mais relatado pelos indivíduos institucionalizados é o abuso de álcool, com 80% ( $n=24$ ) deste grupo a confirmar que costuma beber bebidas alcoólicas, em contraste com os 23,8% ( $n=19$ ) que confirmam o mesmo comportamento, no grupo de controlo. O abuso de álcool é seguido pelo porte de armas, que se expressa em 60% ( $n=18$ ) dos indivíduos institucionalizados a relatar que costumam andar armados com canivete, faca, arma de fogo ou outra. Com o mesmo comportamento no grupo de controlo, verificamos 14,3% ( $n=6$ ). Seguidamente o uso de drogas, adoptado por 56,7% ( $n=17$ ) do grupo de estudo, que confirma consumir substâncias como haxixe, heroína ou cocaína. O mesmo comportamento no grupo de controlo tem uma expressão de apenas 2,4% ( $n=1$ ). Em seguida, a falta de uso do cinto de segurança é um comportamento adoptado por 50% ( $n=15$ ) do grupo de estudo, o que pressupõe que metade deste jovens fazem uma condução de risco, enquanto, 35,7% ( $n=15$ ) do grupo de controlo adopta o mesmo comportamento. Quanto à actividade sexual desprotegida 36,7% ( $n=11$ ) dos participantes institucionalizados admite que, na última vez que teve relações sexuais, não utilizou preservativo e o mesmo aconteceu com 19,0% ( $n=8$ ) dos participantes não institucionalizados. Seguida das relações sexuais desprotegidas surge a automutilação, em que 23,3 % ( $n=7$ ) do grupo de estudo e 16,7% ( $n=7$ ) no grupo de controlo relatam já alguma vez ter-se ferido propositadamente, do tipo fazer cortes nos braços, raspar a pele em algum sítio, queimar a pele, ou outro.

Os restantes comportamentos considerados de risco, como não escovar os dentes, fazer refeições insuficientes, não tomar o pequeno-almoço, fazer um consumo excessivo de açúcar e tentar o suicídio verificam-se em menor percentagem no grupo de estudo, comparativamente ao grupo de controlo, sendo que nenhum dos jovens institucionalizados relata ter refeições insuficientes.

Os resultados do Qui- Quadro mostra que há associações significativas entre os grupos, ao nível do abuso de álcool uso de drogas, comportamento violento, andar armado, início da actividade sexual e abuso de açúcar. Este último está associado ao grupo de controle, no entanto, os restantes comportamentos referidos estão estatisticamente associados à pertença ao grupo de estudo.

#### Tabela 6.4

*Resultados da comparação (teste Mann Whitney) no que diz respeito à variável total de adversidade considerando a presença ou ausência de cada um dos comportamentos de risco no grupo de estudo ( $n= 30$ )*

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Z</i>
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	
<b>Fumar</b>	18,00	11,25	-2,21*
<b>Não usar cinto de segurança</b>	14,58	13,46	-3,71(ns)
<b>Abuso de álcool</b>	13,93	14,30	-0,095 (ns)
<b>Não escovar os dentes</b>	14,17	13,98	0,039 (ns)
<b>Refeições insuficientes</b>	0	14	-
<b>Não tomar pequeno-almoço</b>	14,20	13,33	-0,231 (ns)
<b>Abuso de açúcar</b>	21,50	13,40	- 1,414 (ns)
<b>Uso de drogas</b>	12,67	15,67	-0,994 (ns)
<b>Auto-mutilação</b>	16,57	13,10	-1,01 (ns)
<b>Risco de suicídio</b>	7,50	14,25	-0,850 (ns)
<b>Violência</b>	13,87	17,50	-0,458 (ns)
<b>Andar armado</b>	16,25	10,73	-1,81 <sup>+</sup>
<b>Início precoce da actividade sexual</b>	13,50	0	-
<b>Actividade sexual desprotegida</b>	17,39	11,44	-1,92 <sup>+</sup>

*Nota:* \*  $p < 0,05$ ; <sup>+</sup>  $p < .10$ ; ns= não significativo

De acordo com a tabela 6.4 podemos verificar que o teste de Mann Whitney sugere que os sujeitos com o comportamento de risco fumar, andar armado e actividades sexual desprotegida, relatam uma média superior de experiências de adversidade.

### Sintomas Psicopatológicos

Com a aplicação do Brief Symptoms Inventory (adaptado por Canavarro, 1995) foi possível descrever a sintomatologia psicopatológica dos dois grupos, segundo nove dimensões. Teve-se em consideração o Índice de Sintomas Positivos, de forma a interpretar a sintomatologia geral, segundo o ponto de corte que permite inferir o indivíduo emocionalmente perturbado (índice de sintomas positivos igual ou superior a 1,7). Além disso, verificou-se o total de sintomas positivos que descreve

a média dos dois grupos, relativamente ao número de itens assinalados como positivos (“poucas vezes”; “algumas vezes”; “muitas vezes” ou “muitíssimas vezes”).

Tabela 6.5

*Sintomas Psicopatológicos do grupo de estudo em comparação com o grupo de controlo*

	<b>Grupo de Estudo N=30</b>		<b>Grupo de Controlo N=42</b>	
	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<b>Somatização</b>	3,45	4,27	3,50	3,14
<b>Obsessões Compulsões</b>	6,10	3,53	7,24	6,04
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	3,83	2,45	3,24	2,80
<b>Depressão</b>	10,10	4,02	4,08	4,38
<b>Ansiedade</b>	7,53	3,60	3,67	3,30
<b>Ansiedade Fóbica</b>	1,87	2,25	2,40	2,87
<b>Hostilidade</b>	11,03	5,02	4,21	3,56
<b>Ideação Paranóide</b>	8,10	3,76	5,62	3,93
<b>Psicoticismo</b>	7,20	2,86	3,29	3,26
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	23,23	6,92	24,21	23,23

O índice geral de sintomas positivos permite concluir que o grupo de estudo encontra-se, em média, emocionalmente perturbado ( $M= 2,78$ ;  $DP=0,42$ ), tendo em consideração o ponto de corte de 1,7 na avaliação do índice de sintomas positivos para perturbação emocional geral avaliada pelo BSI. Em contraste, o grupo de controlo apresenta uma média de 1,56 ( $DP= 0,48$ ) o que expressa a ausência de perturbação psicológica. Ainda assim, verificou-se que o total de sintomas positivos é inferior no grupo de estudo, demonstrando que este assinala menos itens, no entanto, com mais intensidade. De forma a perceber o número de participantes, nos dois grupos, com índice de sintomas positivos superior a 1,7 (perturbação emocional), dicotomizou-se a variável e concluiu-se que 73,8% ( $n=9$ ) dos jovens não institucionalizados encontra-se clinicamente perturbado. Já no grupo dos jovens institucionalizados, verificou-se que a totalidade, ou seja, 100% ( $n=30$ ), apresenta um índice de sintomas positivos superior a 1,7, o que permite inferir perturbação emocional. A análise de comparação entre a sintomatologia psicológica de ambos os grupos (resultado do teste Mann-Whitney)



dá origem a diferenças significativas, mostrando que os jovens institucionalizados apresentam maior índice de sintomatologia psicológica geral ( $Z = -5.3$ ;  $p < 0.001$ ).

Tabela 6.6

*Resultados da comparação (teste Mann Whitney) no que diz respeito à sintomas positivos de psicopatologia, considerando a presença ou ausência de cada um dos comportamentos de risco no grupo de estudo (n= 30)*

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Z</i>
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	
<b>Fumar</b>	20,88	11,92	-2,73**
<b>Não usar cinto de segurança</b>	16,37	14,63	-0,54(ns)
<b>Abuso de álcool</b>	16,00	13,50	-0,62(ns)
<b>Não escovar os dentes</b>	16,50	15,39	-0,21(ns)
<b>Refeições insuficientes</b>	0	15,50	-
<b>Não tomar pequeno-almoço</b>	16,00	14,79	-0,289(ns)
<b>Abuso de açúcar</b>	29,50	14,50	-2,33*
<b>Uso de drogas</b>	14,91	16,27	-0,42(ns)
<b>Auto-mutilação</b>	14,36	15,85	-0,39(ns)
<b>Risco de suicídio</b>	8,00	15,76	-0,87(ns)
<b>Violência</b>	15,61	14,00	-0,25(ns)
<b>Andar armado</b>	17,00	13,25	-1,14(ns)
<b>Início precoce da actividade sexual</b>	15,00	0	-
<b>Actividade sexual desprotegida</b>	14,75	15,07	-0,08(ns)

*Nota:* \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0.01$ ; ns= não significativo

De acordo com a tabela 6.6 podemos verificar que o teste de *Mann Whitney* sugere que os sujeitos que relatam o comportamento de risco fumar e abuso de açúcar têm uma média superior de psicopatologia.

## 6. Discussão dos resultados

Em relação às características sócio-demográficas da população em estudo, a estrutura etária do grupo de controlo variava entre os 15 e os 21 anos de idade, enquanto a dos jovens do grupo de estudo situava-se entre os 13 e os 21 anos de idade. As idades dos jovens a cumprir pena apresenta, portanto, maior disparidade face à faixa etária dos educandos institucionalizadas em Centros Educativos, onde a idade mais prevalente está situada entre os 15 e os 17 anos, de acordo com Direcção Geral de Política de Justiça. Relativamente ao nível de escolaridade dos grupos, 33% dos jovens institucionalizados frequentou a escola até ao 7º ano de escolaridade, sendo que apenas 3,3% completou o 8º ano (escolaridade máxima neste grupo) e 10% possuía o 5º ano (escolaridade mínima do grupo). Em contraste, o grupo de controlo apresentava habilitações literárias entre o 9º e o 12ºano, com uma percentagem de 71, 43% dos participantes instruídos com o 12ºano. Deste modo, conclui-se que os jovens institucionalizados a cumprir pena apresentavam menor escolaridade e maior desigualdade de idades, comparativamente aos jovens que não se encontravam em instituição.

Analizando os resultados obtidos, referentes às experiências de adversidade na infância, não há dúvidas de que são os jovens institucionalizados a relatar mais acontecimentos adversos de negligência emocional (93%), negligência física (53,3%) e abuso físico (50%), comparativamente ao grupo de controlo. Verificou-se apenas o contrário no abuso sexual, não relatado por nenhum dos jovens a cumprir pena. Tendo em conta a literatura na área, este resultado pode ser explicado pelo facto do grupo de estudo ser constituído apenas por indivíduos do sexo masculino, uma vez que são provavelmente menos vítimas, e quando o são têm maior probabilidade de negar as experiências de abuso sexual. Sabendo que a grande maioria de perpetradores do abuso em questão é do sexo masculino e tendo em conta factores como a homofobia, a vergonha e o estigma social, é de esperar que as vítimas do sexo masculino ocultam este tipo de experiência, mantendo em dúvida a prevalência do abuso sexual nos homens (Briggs & Hawkins, 1996 falta um algarismo: cit. por Dutra, 2009). Em consonância com este facto, no grupo de controlo onde constavam jovens tanto do sexo feminino, como do sexo masculino, verificou-se o relato de abuso sexual em 11,9%, com uma diferença significativa face ao grupo de estudo.

Tal como tínhamos colocado em termos de hipótese, a prevalência da adversidade no contexto familiar verificou-se ser superior no grupo de estudo. Assim, foi possível constatar que mais de metade desses jovens (53,3%) foi exposto a violência doméstica, 43,3% viveu com pelo menos um familiar que consumia substâncias e 70% tinha pelo menos um elemento do agregado familiar em situação de prisão. Embora a exposição ao divórcio e a perturbação mental ou suicídio de um familiar não tivesse revelado diferenças significativas entre os grupos, as restantes adversidades vividas no contexto da família permite-nos inferir uma maior disfunção familiar no grupo de estudo. A literatura sugere que os aspectos relacionados com a dinâmica da família se revelam um potenciador de adversidade, com impacto ao nível dos processos biológicos inerentes ao confronto com outro tipo de

adversidade e também com co-experiências adversas na infância (Perry & Pollard cit. por Shanta, Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda, 2003). Assim sendo, compreende-se que, quando as vítimas deste tipo de adversidade são jovens institucionalizados a cumprir pena por vários delitos e crimes graves, é de esperar que a exposição à violência doméstica e ao consumo de substâncias possa aumentar a probabilidade destes jovens desenvolverem comportamentos desviantes e delinquentes e de se envolverem em actos criminais. Este é um factor importante a ter em conta na análise dos resultados relativos à adversidade total uma vez que, comparativamente ao grupo de controlo, é o grupo de estudo que relata uma média de acontecimentos adversos significativamente superior, tendo todos os jovens deste grupo experienciado pelo menos uma experiência do tipo adversa. Enquanto os jovens não institucionalizados relatam em média 2 experiências, os jovens da instituição criminal contam uma média de aproximadamente 5 acontecimentos ou experiências de adversidade. Ora, relembando a evidência da adversidade vivida no contexto familiar e o “ciclo” de adversidade gerado pela aprendizagem social, é pertinente relacionar estes resultados de Felitti e colaboradores (1998), onde se verifica que uma adversidade nunca ocorre de forma isolada, sendo que a ocorrência de um acontecimento adverso aumenta a probabilidade de repetição do mesmo ou ocorrência de outro, estando associadas. Os resultados para a adversidade total do grupo de controlo sustentam esta ideia, já que não relatando muitas experiências adversas vividas no seio familiar, também não apresentam um efeito cumulativo na adversidade total. Assim, importa remeter para dados bibliográficos que referem que o impacto das experiências adversas no contexto da família pode ser explicado pela elevada comorbilidade com o abuso dirigido ao indivíduo (Dube et al., 2002; Felitti et al., 1998; Hillis et al., 2000). Posto isto, importam concluir que os jovens do grupo de estudo, institucionalizados e condenados por serem agressores, foram vítimas de experiências adversas na infância.

No que concerne à avaliação dos comportamentos de risco para a saúde verificou-se que, no grupo de estudo, 40% dos jovens fuma; 80% tem hábitos etílicos excessivos; 6,7% consome quantidades de açúcar em excesso; 56,7% consome drogas ilícitas; 93,3% envolve-se em cenas de pancadaria e outros comportamentos violentos; 60% anda armado com arma branca ou de fogo e 96,7% iniciou a sua actividade sexual prematuramente. Paradoxalmente, comparando com o grupo de controlo, são estes mesmos indivíduos que adoptam comportamentos protectores para a saúde, como é o caso de escovar os dentes, fazer refeições suficientes e tomar o pequeno-almoço diariamente. Ao analisar estes resultados, é importante ter em consideração o regime de institucionalização dos jovens, ao qual está inerente um conjunto de regras e normas a cumprir (ex.: fazer seis refeições por dia, lavar os dentes três vezes por dia, entre outros) sob pena de aumentar o tempo do isolamento social. Assim sendo, a ideia de que o grupo de controlo apresenta mais comportamentos de risco para a saúde, no que compreende a higiene e alimentação, parece induzir o leitor em erro, tendo sido estes resultados enviesados por condições superiores a autonomia dos jovens do grupo de estudo. Em suma, é correcto afirmar que os comportamentos de risco são mais prevalentes nos indivíduos institucionalizados, a

cumprir pena, comparativamente aos sujeitos não institucionalizados. Conclui-se também sobre o impacto positivo da institucionalização no que diz respeito a vários comportamentos de saúde.

Na análise específica do grupo de estudo, ao nível dos comportamentos de risco em relação com a adversidade, já abordada atrás, os resultados sugerem uma associação entre o comportamento *fumar, andar armado e praticar relações sexuais desprotegidas* e mais experiências adversas na infância. Assim, os sujeitos com os comportamentos de risco descritos relatam histórias mais adversas. Tais resultados encontram-se em consonância com a literatura e são explicados noutros estudos que sugerem que a adversidade na infância está associada a hábitos tabágicos, crimes com uso de armas brancas e práticas sexuais de risco.

Anda e colaboradores (1999) associam o consumo de nicotina ao efeito de automedicação, no sentido de lidar com emoções negativas, efeitos neurobiológicos e anti-sociais, consequentes da adversidade na infância. Os mesmos autores concluíram que adultos com história adversa apresentam uma grande percentagem de fumadores, quando comparados com indivíduos sem relatos de experiências de adversidade. Num outro estudo que relacionava cada uma das experiências adversas na infância a verificou-se que há uma associação significativa associada com o tabagismo. A prevalência de indivíduos com hábitos tabágicos regulares ou que alguma vez fumaram, aumenta proporcionalmente com o aumento do número ou gravidade de experiências adversas na infância (Anda et al., 1999). No caso da relação entre o uso de armas e experiências ou acontecimentos de vida adversos, tendo em conta as considerações realizadas acerca das experiências de adversidade no contexto familiar, compreende-se esta associação admitindo que os crimes com o uso de armas brancas e de fogo são, cada vez mais um fenómeno no crime e violência em adolescentes e, por isso, é necessário ter uma perspectiva geral dos contextos em que o sujeito está inserido. Ou seja, a complexidade dos contextos de desafectos e delinquência afectam directamente o significado atribuído às normas sociais e, consecutivamente, influenciam o comportamento (Silvestri, Olfiel, Squires, & Grimshaw, 2009). De forma conclusiva, os estudos realizados pelos autores em questão sugerem que áreas problemáticas, consideradas de risco, são preditivas de um provável comportamento violento no futuro. Finalmente, um estudo que sugere efeitos da adversidade nas alterações dos hábitos sexuais quanto ao uso de métodos contraceptivos, refere que adolescentes expostos a violência doméstica e abuso físico sexual, iniciam precocemente a actividade, como se verificou neste estudo, e ainda possuem um maior número de parceiros (Anda et al. 2002). Comparando a média de parceiros sexuais apresentados pelos dois grupos deste trabalho, verifica-se que os jovens institucionalizados, ou seja, aqueles que também apresentam maior índice de adversidade, também relatam uma multiplicidade de parceiros, superior à do grupo de controlo. Assim, enquanto os indivíduos do grupo de estudo evidenciam em média, aproximadamente oito parceiros sexuais, os do grupo de controlo apresentam apenas aproximadamente três. Segundo Anda e colaboradores (2002), a acrescentar ao número de parceiros e início precoce da actividade sexual, os indivíduos com história adversa na infância também

negligenciam o uso de contraceptivos, praticando relações desprotegidas, como evidenciado nesta amostra.

O resultado referente à análise da sintomatologia psicológica nos dois grupos, permitiu concluir que há uma diferença significativa entre os grupos, que atribui um maior índice de sintomas positivos aos jovens institucionalizados a cumprir pena, pelo que todos apresentam um índice superior a 1,7, o que permite inferir que o grupo de estudo encontra-se, na sua totalidade, clinicamente perturbado (índice de sintomas positivos médio neste grupo igual a 2,78). As dimensões Hostilidade, Depressão, Ideação Paranóide e Ansiedade destacam-se neste grupo com uma média de 11,03; 10,10; 8,10 e 7,53 respectivamente. Pelo contrário, o grupo de controle apresenta uma média de sintomas positivos de 1,56, ou seja, inferior a 1,7.

No grupo de estudo, a psicopatologia foi relacionada com cada um dos comportamentos de risco, onde se verificou valores mais elevados de sintomatologia psicológica nos consumidores de tabaco e o consumo excessivo de quantidades de açúcar.

Este resultado é particularmente interessante uma vez que, mesmo não dispondo de muito literatura a sustentar a relação entre psicopatologia e consumo de tabaco nos jovens, Patton e colaboradores (1996) relacionam sintomas de ansiedade e depressão com o tabagismo nos jovens, fundamentado numa auto-regulação emocional. Assim, os autores referem que fumar origina no jovem uma falsa percepção de auto-controlo, funcionando como estratégia de coping para uma integração social mais eficaz.

Assim, concluiu-se que sintomas de psicopatologia estão associados a um risco elevado de se tornarem fumadores. Sabendo que o grupo de jovens institucionalizados a cumprir pena apresenta sintomas, prevê-se a probabilidade de se efectivarem fumadores na vida adulta. Igualmente interessante revelou-se a associação entre a psicopatologia e o abuso de açúcar na alimentação, esta com duas explicações possíveis. Por um lado, o efeito da serotonina produzida pelo consumo de glucose, a interferir numa elevação do humor e na necessidade da ingestão de açúcar, quando há uma diminuição dessa substância no cérebro, no caso de uma supressão (Bibliomed, 2001). Por outro, Paul (2002) faz referência a uma relação inversa, não referindo a ingestão de açúcar como mecanismo compensatório de ansiedade/ depressão, mas sim como causador de ambas as perturbações do humor, no sentido em que níveis elevados de açúcar estão associados a distúrbios do sono, que podem resultar em perturbações de ansiedade.

Relembrando as hipóteses deste estudo e, de acordo os resultados discutidos, é possível confirmar a primeira hipótese e inferir que os jovens institucionalizados a cumprir pena apresentam mais experiências adversas, maior índice de psicopatologia maior prevalência de comportamentos de risco, comparativamente aos jovens não institucionalizados.

Ademais, verificou-se um valor mais elevado nas variáveis adversidade total e psicopatologia, nos sujeitos que relatam vários comportamentos de risco. Desta forma, confirma-se também a segunda hipótese deste estudo e conclui-se que quem apresentou psicopatologia, apresentou

concomitantemente mais comportamentos de risco para a saúde, do tipo fumar ou ingestão excessiva de açúcar.

## **7. Conclusões**

Após a análise cuidada dos resultados, é oportuno sintetizar algumas considerações importantes.

Constatou-se que os dois grupos em análise apresentam diferenças significativas ao nível da adversidade, da psicopatologia e dos comportamentos de risco para a saúde, sendo o grupo de jovens institucionalizados a cumprir pena a apresentar uma maior prevalência das três variáveis.

Verificou-se que na os indivíduos institucionalizados a cumprir pena com consumo de nicotina, uso de armas e comportamentos sexuais de risco (relações sexuais desprotegidas) relatam mais adversidade; e os mesmos indivíduos com consumo de açúcar e de nicotina relatam mais psicopatologia.

Salienta-se, por essas inúmeras razões, a importância de considerar as experiências adversas nos planos de intervenção junto desta população (jovens institucionalizados a cumprir pena), no sentido de minimizar comportamentos de risco, diminuir a criminalidade e interromper o círculo de adversidade no contexto da família.

Previamente à análise dos resultados, já estava esclarecida a condição de perpetrador dos jovens institucionalizados, sendo que o motivo da institucionalização está relacionado com a prática de comportamentos desviantes, que violam a lei e as normas sociais. No entanto, ao ser analisada a história adversa na infância e visto ter-se verificado uma prevalência de experiências de adversidade estatisticamente superior à do grupo de controlo, concluiu-se que a grande maioria de indivíduos que cometem crimes têm história de experiências adversas. Para além de constituir um outro tema de investigação, isto levanta ainda algumas questões eticamente relevantes: será didático e ético um jovem do grupo de estudo ser penalizado por actos que o próprio cometeu em condições adversas? Segundo o artigo 1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.” Isto pode representar um paradigma na medida em que, estaremos nós a penalizar alguém que cometeu um crime, quando o próprio já foi penalizado por não ter tido uma infância igual em direitos e oportunidades relativamente aos seus pares? A questão é pertinente apenas quando se conceptualiza um ciclo vicioso, em que antecedentes de experiência adversa conduzem a um comportamento desviante, o qual a sociedade condena. Condenando ao invés de intervir, fazemos com que a percepção desta realidade se transmita à geração seguinte que, consecutivamente, vai ser vítima de experiências traumáticas semelhantes e possivelmente seguir um mesmo caminho de criminalidade. Posto isto, numa perspectiva mais generalista, torna-se fundamental incrementar planos de prevenção ao nível das experiências adversas na infância.

Importa agora abordar algumas vulnerabilidades deste estudo que, se ultrapassadas, poderiam contribuir para explicar melhor a relação entre as variáveis. O aumento do número de participantes

seria benéfico para uma maior credibilidade dos resultados e possível generalização dos resultados para a população. Além disso, sabendo que a prevalência de experiências adversas na infância é superior no sexo feminino excepto nos casos de abuso e negligência físicos (Shanta, Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda, 2003) seria de esperar que no caso de o grupo de estudo ser misto, seria mais representativo da população em geral. Finalmente, as diferenças ao nível da administração do caderno de questionário que, devido à baixa escolaridade dos jovens não institucionalizados, não foi possível que os participantes respondessem autonomamente ao questionário, tornando diferentes as condições de recolha de dados nos dois grupos, o que pode ter influenciado, por exemplo, o relato de abuso sexual. Considerando que a temática do estudo compreendia um assunto de alguma intimidade e difícil aceitação social, pondera-se que os resultados seriam mais explicativos e expressivos, caso os jovens institucionalizados também tivessem preenchido os questionários isoladamente.

## Referências Bibliográficas:

- . Alberto, I. (2003). Como pássaros em gaiolas? Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In Machado, C. & Gonçalves, R. (Coords.), *Violência e Vítimas de crime, Vol.II: Crianças* (pp. 223-244). Coimbra: Quarteto.
- . Alves, J. (2009). *Experiências adversas na infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada à Universidade do Minho.
- . Anda, R., Croft, J., Felitti, V., Norderberg, D., Gilles, W., Williamson, D. et al., (1999). Adverse Childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *The Journal of the American Medical Association*, 17, 1652-1658.
- . Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., & Perry, B. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archive of Psychiatry Clinical Neuroscience*; 256, 174-186.
- . Benseley, L., Spieker, S., Van Eenwyk, J., & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problematic behaviors. II. Alcohol and drug use. *Society for Adolescent Medicine*, 24, 173-180.
- . Bowlby, J. (1944). Forty-four juveniles thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psycho-Analysis*, XXI, 19-53.
- . Burke, N., Hellman, J., Scott, B., Weems, C., & Carrion, V. (2011). The impact of Adverse Childhood experiences on a urban pediatric population. *Child Abuse and Neglect*, 35, 408-413.
- . Carvalho, M. (2004). Entre as Malhas do Desvio: Jovens, Espaços, Trajectórias e Delinquências. In *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*. Centro de Estudos Sociais. Coimbra.
- . Chapman, D., Wheaton, A., Anda, R., Croft, J., Edwards, V., Liu, Y., Sturgis, S., & Perry, G. (2011). Adverse childhood experiences and sleep disturbances in adults. *Sleep Medicine*, 12, 773-779.
- . Chapman, D., Whitfield, C., Felitti, J., Dube, S., Edwards, V., & Anda, R. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.
- . Connor, K., & Butterfield, M. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, 1, 247-262.
- . Diamond, P., Wang, E., Holzer III, C. & Cruzer, A. (2001). The prevalence of mental illness in prison. *Administration and Policy in Mental Health*, 29, 21-40.
- . Dong, M., Anda, R. F., Dube, S.R., Giles, W. H., & Felitti, J.V. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 27, 625-639.
- . Dube, S., Anda, R., Felitti, V., Croft, J., Edwards, V. & Giles, W. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child, Abuse & Neglect*, 25, 1627-1640.



- . Dube, S., Miller, J., Brown, D., Giles, W., Felitti, V., Dong, M., & Anda, R. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 38, 1-10.
- . Dutra, A. (2009). *Acontecimentos de Vida e Comportamentos de Risco para a Saúde em Homens Recluídos*. Dissertação de tese de Mestrado Integrado em Psicologia da Saúde apresentada à Universidade do Minho.
- . Felitti, V., Anda, R., Nordenbergue, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M., & Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and house dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- . Figueiredo, B., Bifulco, A., Paiva, C., Maia, A., Fernandes, E. & Matos, R. (2004). History of childhood abuse in Portuguese Parents. *Child Abuse & Neglect*, 669-682.
- . Fonseca, A. (2002). *Comportamento Anti-social e Família: Uma abordagem científica*. Coimbra: Almedina.
- . Ford, E., Anda, R., Edwards, V., Perry, G., Zhao, G. & Croft, J. (2011). Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine*, 53, 188-193.
- . Golembeski, C. & Fullilove, R. (2005). Criminal In(justice) in the city and associated health consequences. *American Journal Public Health*, 95, 1701-1706.
- . Gonçalves, R. (2008). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. Coimbra: Quarteto.
- . Hillis, S., Anda, R., Felitti, V., Nordenberg, D., & Marchbanks, P. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study, *Pediatrics*, 106, 1-6.
- . Jeffrey, G., Johnson, D., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., & Bernstein, D. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Journal of the American Medical Association*. 56, 600-606.
- . Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7, 1-26.
- . Johnson, R., Ross, M. Taylor, W., Williams, M., Carvajal, R., & Peters, R. (2006). Prevalence of childhood sexual abuse among incarcerated males in county jail. *Child, Abuse & Neglect*, 30, 75-86.

- . Larkin, H. & Records, J. (2007). Adverse Childhood Experiences: Overview, responses strategies and integral theory. *Journal of Integral Theory and Practices*, 2, 1-25.
- . Maia, A. (2006) Trauma, PTSD e Saúde. In P.J Costa, CM. Lopes Pires, J. Veloso e CTL Pires (Orgs). Stress Pós-Traumático - Modelos, Abordagens & Práticas. Leiria EditorialDiferença e DFA.
- . Maia, A. & Couto, M.(2009). Adversidade na infância explica sintomas actuais em homens de meia-idade. *Actas do primeiro Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa*.
- . Maia, A., Guimarães, C., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, S. & Capela, S. (2007). Maus tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: um estudo com jovens portugueses. *Actas do II Congresso de Família, Saúde e Doença*, Braga.
- . Maia, A., Guimarães, C., Magalhães, E., Capitão, L., Campos, M., & Capela, S. (2007). Experiências adversas e funcionamento actual: um estudo com jovens portugueses. *VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.
- . O'Connor, T. (2005). Attachment disturbances associated with early severe deprivation. In C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges & N. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis* (pp. 257-267). Dahlem Workshop Report 92. Cambridge, MA: The MIT press
- . Oliveira, R., Stein, L. & Pezzi, J. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em Português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40, 249-255.
- . Perry, B. & Pollard, R. (1998). Homeostasis, Stress, Trauma e Adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 33-51.
- . Pynoos, R., Steinberg, A. & Piacentini, J. (1999). A development psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- . Quintãs, R. (2009). *Era uma vez a Instituição onde eu cresci: Narrativas de adultos sobre experiências de Institucionalização*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça apresentada na Universidade do Minho.
- . Ramiro, L., Madrid, B. & Brown, D. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health risk behavior among adults in developing country setting. *Child Abuse Negligence*, 34, 842-855.

- . Ramos, R., (2004). *Acontecimentos de vida na infância e percepção de stress na adultez*. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde apresentada à Universidade do Minho.
- . Raphael, K., Widom, C. & Lange, G. (2001). *Childhood Victimization and pain in adulthood: a prospective investigation*. International Association for the study of pain, 92, 283-293.
- . Raphael, K., Clandler, K. & Ciccone, D. (2004). *Is Childhood Abuse a Risk Factor for Chronic Pain in Adulthood?. Current Pain and Headache Reports*, 8, 99-110.
- . Rikhye, K., Tyrka, A., Kelly, M. Gagne, G., Mello, A., Mello, M., Price, L. & Carpenter, L. (2008). Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: impact on quality of life. *Child Abuse & Neglect*. 32, 19-34.
- . Shanta, D., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W. & Anda, R. (2003). Childhood Abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug Use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111, 564-572.
- . Shanta, D., Michelle, L., Cook, M., Valerie, J. & Edwards, P. (2002). Health related outcomes of adverse childhood experiences in Texas. Retirado a 16 de Fevereiro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879984/>.
- . Silva, S. & Maia, A. (2007a). História de Adversidade na família e queixas de saúde: estudo comparativo entre obesos e não obesos. *Actas II Congresso Família, Saúde e Doença*.
- . Silva, S. & Maia, A. (2007). Versão Portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário da História de Adversidade na Infância). In Noronha, A., Machado, C., Almeida, L., Gonçalves, M., Martins, S. & Ramalho, V. (coord.) *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 2008. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- . Singleton, N., Farrell, M. & Meltzer, H. (2009). Substance misuse among prisoners in England and Wales. Retirado a 8 de Março, 2011 de [http://www.statistics.gov.uk/download/theme\\_health/PrisonersSubstanceMisuse97\\_v2.pdf](http://www.statistics.gov.uk/download/theme_health/PrisonersSubstanceMisuse97_v2.pdf).
- Sloutsky, V. (1997). Institutional care and developmental outcomes of 6 and 7 year-old children: A contextualist perspective. *International Journal of Development*, 20, 131- 151.
- . Tonmyr, L., Williams, G., Hovdestad, W. & Draca, J. (2010). Anxiety and/or Depression in 10-15-years-olds investigated by child welfare in Canada. *Journal of Adolescent Health*. 48, 493-498.